Aus der Universitäts-Kinderklinik der Königlichen Charité.
(Direktor Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Heubner.)

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY OCT 30 1905

Über einen Fall von geschwürig zerfallenem Gummi im Kehlkopf bei einem kongenital-syphilitischen Kinde von sechs Monaten.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 1. Mai 1905

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Wiedel

approbierter Arzt aus Bockenem (Provinz Hannover)
Unterarzt im 3. Badischen Feldartillerie-Regiment Nr. 50.

OPPONENTEN:

Herr Unterarzt Goebel.
- Unterarzt Rupp.
- Unterarzt Schwalm.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Kraus.**

Meinem Vater.

Affektionen der oberen Luftwege auf hereditär-syphilitischer Basis treten wie die ererbte Syphilis überhaupt mit Vorliebe zu zwei Zeitpunkten des jugendlichen Lebens auf. Erstens gleich oder doch bald nach der Geburt und zweitens um die Zeit jener im jugendlichen Organismus so gewaltige Umwälzungen hervorrufenden Epoche, die wir mit dem Namen der Pubertätszeit zu bezeichnen pflegen. Gerade diese Affektionen zeichnen sich vor anderen Erscheinungen der hereditären Syphilis dadurch aus, daß sie häufig die ersten sind, die überhaupt eine spezifische Erkrankung dokumentieren. Es ist deshalb nicht verwunderlich, welches große Interesse gerade diesen Erkrankungen von den Ärzten entgegengebracht wird.

Wie im allgemeinen, so sind auch bei den hereditär-syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege gerade die Frühformen dadurch gekennzeichnet, daß sie den Charakter der sekundären Affektionen der (oberen) akquirierten Syphilis tragen, während bei den Spätformen mehr der Charakter der tertiären Erscheinungen vorherrscht.

Im folgenden soll nun nicht von hereditär-syphilitischen Affektionen der Nasen- oder Mund- und Rachenhöhle, sondern des Kehlkopfs die Rede sein.

Da sich pathologisch-anatomisch die hereditäre Syphilis von der erworbenen des Kehlkopfes im wesentlichen nicht unterscheidet, so seien hier einige allgemeine Bemerkungen vorausgeschickt.

Die Syphilis manifestiert sich pathologisch-anatomisch im Kehlkopf zuerst als ein Katarrh, der in nichts von einem Katarrh aus anderen Ursachen abweicht, höchstens daß eine etwas reichlichere Infiltration der Schleimhaut mit Rundzellen dabei vorhanden ist. Der Katarrh zeigt alle Grade der Rötung, Schwellung und Sekretion. Ferner tritt die Laryngitis papulosa, die Schleimhautpapel, das breite Kondylom auf, eine Affektion, welche so entsteht, daß zu der Hyperämie eine Schwellung des Papillarkörpers mit Abschilferung der Schleimhaut hinzutritt. Diese beiden beschriebenen Formen kommen für gewöhnlich in den frühen Stadien der Larynxsyphilis zur Beobachtung, während man es in den späteren Stadien entweder mit entzündlicher Erkrankung oder neoplasmatischen Neubildungen zu tun hat; im ersten Falle mit einem entzündlichen Zellinfiltrat und im letzteren mit einer spezifischen Gummabildung. Beiden Formen ist eine gewisse Neigung zum Zerfall und zur Geschwürsbildung eigen, und dies ist sicherlich der Grund, weshalb von fast allen Autoren eine Trennung zwischen beiden nicht gemacht und überhaupt nur von gummösen Erkrankungen des Kehlkopfes gesprochen wird. Die Infiltrate stellen gleichmäßige Verdickungen an den verschiedenen Teilen des Kehlkopfes dar, an der Epiglottis, der hinteren Wand des

Kehlkopfes, an den Stimmbändern, und es erscheinen die befallenen Partien prall geschwollen infolge der sehr dichten zelligen Infiltration, aus der Geschwüre von verschiedener Größe und Tiefe hervorzugehen pflegen. Während die Infiltration sich mehr oberflächlich abwickelt, beobachtet man die Gummata oder gummöse Neubildungen in der Submucosa, bald in Form kleinerer, oft multipler, bald in Form größerer gummöser Knoten. Beide Bildungen zerfallen verhältnismäßig schnell und erschweren daher eine genauere Betrachtung ihrer Entstehung und weiteren Entwicklung sehr. An zwei Stellen des Kehlkopfes zeigen sich die Ulcerationen besonders prädilektiv, nämlich an der Epiglottis und an den wahren Stimmbändern. An beiden führen sie zu umfangreichen Destruktionen.

Der Kehlkopf der Neugeborenen kann, wie bereits erwähnt, bei hereditärer Syphilis in ähnlicher Weise erkranken. Allerdings gilt ja auch hier wie allgemein bei hereditärer Syphilis der oberen Luftwege überhaupt die Regel, daß bei den Frühformen die sekundären Erscheinungen, also Katarrh und papulöses Syphilid vorherrschen, während bei den Spätformen die tertiären Affektionen, diffuses hyperplastisches Infiltrat und gummöse Infiltration, auftreten, die aber meist in ihren Folgezuständen, dem Geschwür und Zerfall, oder sekundären Hyperplasien zur Beobachtung kommen.

Daß es hiervon Ausnahmen gibt, und der tertiäre Charakter sich, wenn auch äußerst selten, auch mal

bei der Frühform hereditärer Kehlkopfsyphilis zeigen kann, beweist ein Fall, der in der Universitäts-Kinderklinik der Kgl. Charité zu Berlin beobachtet und mir von Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heubner gütigst zur Veröffentlichung überlassen wurde. Es handelt sich um ein geschwürig zerfallenes Gumma im Kehlkopf mit gleichzeitiger Zerstörung beider Stimmbänder bei einem 6 Monate alten Mädchen.

Über die tertiären Prozesse, die sich auf Grund und im Verlaufe der hereditären Syphilis im Kehlkopf bei Früh- und Spätformen abspielen, wußte man bis zu den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts eigentlich garnichts. Man schloß nur aus dem schon längst bekannten Symptom, nämlich der heiseren, quiekenden, wie eine „Kindertrompete“ klingenden Stimme hereditär-syphilitischer Kinder, daß irgend eine Kehlkopfaffektion bestand, und begnügte sich meistens mit der Registrierung dieser Tatsache. Einige Fortschritte machte man mit der Anerkennung, die sich der Kehlkopfspiegel gewann. Wenn wir nun noch immer kein völlig abgerundetes und zutreffendes Bild haben, wie und wie oft sich die hereditäre Syphilis im Kehlkopf, speziell in tertiärer Form, zu manifestieren pflegt, so liegt der Hauptgrund wohl darin, daß man bei der Untersuchung des Kehlkopfes im frühen Kindesalter mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, ja daß dieselbe oft ganz unterbleiben muß. Man ist daher meistens auf Leichenbefunde angewiesen. Aber auch da findet sich sehr häufig, weil die Prozesse sich meist sehr rapide entwickeln, nur

noch das Endresultat derselben, nämlich Ulcerationen und Destruktionen. Ein Blick in die Literatur beweist, wie karg das Material für solche Beobachtungen bisher gewesen ist, aufs deutlichste. Während die einen den hereditär-syphilitischen Prozeß im Kehlkopf für etwas außerordentlich Seltenes halten, wollen andere in ihm eines der häufigsten Symptome hereditärer Syphilis überhaupt sehen. Am meisten ist wohl in der pädiatrischen Literatur darüber enthalten. Der erste, der sich etwas ausführlicher über diesen Punkt äußert, ist Baginsky. Er schreibt: „Syphilitische Affektionen des Larynx gehören bei ganz jungen hereditär erkrankten Kindern keineswegs zu den Seltenheiten. Die Stimme ist fast immer heiser, krähend, und man kann zuversichtlich eine katarrhalische Erkrankung des Larynx voraussetzen. Seltener dagegen sind die schwereren Prozesse, wie sie bei Erwachsenen gang und gäbe sind, also narbenbildende Ulcera, Gummata, Plaques muqueuses."

Unger sagt: „Form und Verlauf syphilitischer Kehlkopfaffektionen, mögen sie nun hereditärer Natur sein oder auf nach der Geburt erworbener Syphilis beruhen, unterscheiden sich nicht von der bei Erwachsenen vorkommenden; je jünger indessen die Kinder sind, um so rascher und bösartiger pflegen die in Rede stehenden Affektionen zu verlaufen. Neben gleichzeitiger Anwesenheit anderer Erscheinungen von Haut- und Schleimhautsyphilis werden katarrhalische Rötung und Schwellung des Kehlkobfeinganges und der Stimmbänder mit Heiserkeit, Aphonie und Husten

beobachtet. Nicht selten sind ferner Plaques muqueuses und Gummigeschwülste, die in verschiedener Größe und an jeder Stelle des Kehlkopfes und der Luftröhre vorkommen, und die teils zu ausgedehnten und tiefgreifenden Ulcerationen, zu Perichondritis und Knorpelnekrose mit rasch eintretenden gefährlichen Folgezuständen, teils zu Knickungen und Stenosierungen des Trachealrohres Veranlassung geben können."

Bei Miller heißt es: „Die echt syphilitischen Affektionen des Kehlkopfes als Symptom der hereditären Syphilis zählen bei Neugeborenen zu den großen Seltenheiten."

Lang gibt zwei sehr interessante Abbildungen hereditär-syphilitischer Larynxaffektionen.

I. Zwei Gummiknoten des unteren Pharynxabschnittes im laryngoskopischen Bilde, die beim Anlauten des Vokales „i" sich vom Kehlkopf abheben; übernarbter Defekt an der Epiglottis (Hered. Syphilis.)

II. Unförmliche gummöse Knoten an der Epiglottis und dem falschen Stimmbande der linken Seite; ausgeheilte Defekte am Kehldeckel und dem falschen Stimmbande der rechten Seite; das rechte Stimmband ziemlich gut erhalten, das linke innerhalb der gummösen Infiltrate nicht zu erkennen. (Hered. Syphilis).

J. Arslan bezeichnet auf Grund seiner Beobachtungen als Symptome der frühzeitigen hereditären Kehlkopfsyphilis bei Kindern: Dysphonie, Husten, fast immer zusammen mit Coryza und vor allem eine bisweilen lebensgefährlichen Charakter annehmende Larynxstenose. In anatomischer Hinsicht unterscheidet

Verfasser eine durch Verdickung der Schleimhaut bedingte hyperplastische und eine ulzeröse Form.

Wie man aus diesen kurzen Literaturangaben ersehen kann, scheint das Auftreten tertiärer Erscheinungen bei der Frühform hereditärer Kehlkopfsyphilis außerordentlich selten beobachtet zu sein. Meine umfangreiche Nachforschung in der Literatur hat denn auch ergeben, daß fast alle bisher bekannten Fälle hereditär-syphilitischer Kehlkopfaffektionen tertiären Charakters die Spätformen betreffen.

Allen Sturge veröffentlicht einen Fall von ulzeröser Laryngitis bei einem an Glottisödem zugrunde gegangenen Knaben von $3^1/_2$ Jahren, dessen Vater sich vor der Verheiratung infiziert hatte. Die Sektion ergab: Ausgedehnte Ulzeration am linken Stimm- und Taschenbande, beginnende Stenose des Trachealeinganges. Der Knabe hat als ganz kleines Kind an Hautausschlägen gelitten, die geheilt waren.

Semon berichtet über zwei Fälle von kongenitaler Syphilis des Kehlkopfes. Es handelt sich um 2 Brüder von $5^3/_4$ und $3^1/_2$ Jahren, welche während ihres kurzen Lebens meist identische Affektionen gehabt hatten, und welche innerhalb 3 Wochen an derselben Komplikation ihres Grundleidens, nämlich Glottisödem, starben. Die Sektion ergab in dem einen Falle kongenitale hyperplastische Syphilis des Kehlkopfes, in dem anderen Falle kongenitale ulzeröse Larynxsyphilis mit etwas Hyperplasie. Verfasser bemerkt dazu, daß tiefe Störungen des Larynx bei kongenitaler Syphilis sehr selten sind, wenngleich Katarrhe des Kehlkopfes

dabei häufig sind. Die bei den beiden Knaben beobachtete hyperplastische Verdickung ist nach Ansicht des Verfassers überhaupt noch nicht beschrieben.

Fränkel (Hamburg) demonstrierte Kehlkopf und Luftröhre eines 14jährigen an konstitutioneller Syphilis hereditaria zugrunde gegangenen Mädchens, bei welchem sich an der Innenfläche des Kehldeckels, der Schleimhaut über der vorderen Ringknorpelplatte nach abwärts bis zum Anfang der Luftröhre und am linken Stimmbande strahlige auf einen vorangegangenen ulcerösen, zweifellos syphilitischen Prozeß zu beziehende Narben finden. Die übrige Sektion ergab Amyloid der Milz und Nieren und multiple Gummata im Leberparenchym.

Chiari gibt einen Fall von Syphilis hereditaria laryngis bei einem $4^1/_2$jährigen Mädchen bekannt. Dasselbe wurde wenige Tage nach der Geburt heiser, bekam 4 Monate später ein Exanthem luetischer Natur, das abheilte, während die Heiserkeit bestehen blieb. Schließlich völlige Heilung unter antisyphilitischer Behandlung. Laryngoskopisch zeigte sich ein Geschwür am rechten Stimmband.

Ricardo Botey hat zwei Fälle von hereditären Späterscheinungen der Lues im Larynx beobachtet. Er schließt aus den Symptomen, daß die Spätlues im Larynx stets unter dem Bilde der tertiären Syphilis erscheint, daß man besonders Gummata und hyperplastische Vegetationen der Gewebe beobachtet, daß der Verlauf fast immer ein langsamer und heimtückischer ist, wodurch Verwechselung mit Tuberku-

lose nahegelegt wird, und schließlich, daß häufig Rachen- und Nasenveränderungen dabei bestehen.

Gottlieb Kiaer demonstrierte einen 6jährigen Knaben mit gummösem Tumor im Larynx. Der Knabe war hereditär belastet. Der Vater hatte Syphilis, die Mutter wurde 4 Monate vor der Gravidität infiziert. Er fing an, stridulös zu atmen und zu husten. Laryngoskopisch sah man in der linken Regio glossoepiglottica eine mandelgroße Infiltration, die sich nach hinten in den linken Sinus pyriformis fortsetzte und den Aditus laryngis stark zusammendrückte. Nach Behandlung mit Jodkalium und Inunktionskuren sind alle Spuren der Infiltration verschwunden, und die Laryngoskopie ergab dann normale Verhältnisse. Derselbe Autor berichtet noch über ein von syphilitischen Eltern geborenes Kind, das sich bis zum 7. Lebensjahre normal entwickelte. Dann traten Zeichen von Syphilis bei ihm auf und eine gummöse Infiltration des Sternum und Larynx sowie eine charakteristische Pseudoadenitis. Die Larynxinfiltration war sehr hartnäckig und wich der Jodkalibehandlung erst nach sehr langer Zeit.

Diesen bisher aufgeführten Fällen von hereditär-syphilitischen Kehlkopfaffektionen tertiärer Form, die sich sämtlich auf die Spätform bezogen, lasse ich jetzt die wenigen veröffentlichten Fälle folgen, wo solche Erscheinungen bereits innerhalb des 1. Lebensjahres auftraten.

Über den ältesten bekannten Fall hat J. Frankl im Jahre 1868 referiert. Es handelte sich um ein 10 wöchentliches Mädchen, welches Coryza und linsen-

bis bohnengroße syphilitische Geschwüre ad nates et labia majora zeigte. Während der Krankheit trat nach vorausgehender Heiserkeit ein ziemlich lautes und rauhes Geräusch in der Nähe des Kehlkopfes auf; die Stimme schnappte sozusagen über, an den Tonsillen war eiteriger Belag vorhanden, die Nasenlöcher exkoriiert. Es trat dann bald Atemnot ein, das Gesicht wurde cyanotisch, die Geräusche blieben unverändert, bis das Kind unter den Erscheinungen der Larynxstenose starb. Die Sektion ergab: Perichondritis cricoidea mit Knorpelnekrose, Ring- und linker Aryknorpel größtenteils gelöst und zerstört, schwielige Degeneration mehrerer Kehlkopfmuskeln. Steffen beschreibt einen Fall von einem 8 Monate alten Mädchen, bei welchem sich katarrhalische Erscheinungen des Aditus laryngis mit eiterigem Belag und Geschwüre auf der Kehlkopfschleimhaut zeigten.

Hassing veröffentlicht die Krankengeschichte eines 2 Monate alten Mädchens, das jedoch nur an Larynxstenose mit Glottisödem litt, weswegen die Tracheotomie gemacht wurde. Tertiären Erscheinungen wurde durch merkurielle Behandlung mit Erfolg vorgebeugt.

Wie wir aus dem Resultat meiner eingehenden Literaturforschung ersehen können, gehört das Auftreten tertiärer Formen hereditär-syphilitischer Kehlkopfaffektionen im Frühstadium in der Tat zu den allergrößten Seltenheiten. Möge es mir deshalb gestattet sein, den in der Universitätskinderklinik der Kgl. Charité beobachteten Fall hier den wenigen bekannten anzureihen.

Es handelt sich um ein unehelich geborenes Mädchen F. T., das im Alter von 2 Monaten wegen Lähmung beider Arme am 3. Februar 1904 in die Kinderklinik aufgenommen wurde.

Anamnese: Die Eltern des Kindes sollen stets gesund gewesen sein. Das Kind wurde künstlich ernährt, anfangs mit 1 Teil Milch und 3 Teilen Wasser, später mit $^1/_2$ Teil Milch und $^1/_2$ Teil Wasser. Es wurde der Pflegemutter, welche es in die Charité einlieferte, übergeben mit Ausschlag in der Achselhöhle, am Halse, um den Mund herum und am Gesäß. Dieser Ausschlag war etwa am 15. Januar abgeheilt. Seit Mitte Januar, wo das Kind von seiner Mutter besucht wurde, schrie es ohne Unterbrechung. Einige Tage darauf bemerkte die Pflegemutter, daß beide Arme des Kindes gelähmt waren, und brachte es deshalb in die Charité. Die Verdauung soll nicht gestört gewesen sein.

Status praesens: Patientin ist ein gut genährtes, 55 cm langes und 3975 g schweres Kind, bei dem Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt sind.

Der Thorax bietet keine deutlichen Zeichen von Rachitis; die Epiphysen der oberen Extremitäten weisen geringe Verdickungen auf.

Sensorium: frei.

Temperatur 37,1.

Puls 128, regelmäsig, kräftig.

Atmung 64, regelmäßig.

Haut: frei von Narben und Exanthemen.

Drüsen: Cervikal- und Inguinaldrüsen fühlbar, Axillardrüsen beiderseits über erbsengroß geschwollen.

Kopf: große Fontanelle noch offen, 2 : 3 cm. Druck auf den Schädel nicht schmerzhaft, Schädelknochen hart.

Augen: nach allen Richtungen hin frei beweglich, Pupillen reagieren auf Licht.

Nasen, Ohren und Rachen ohne Befund.

Die Lippen zeigen radiär gestellte Furchungen.

Lungen: ergeben bei der Perkussion vollen lauten Lungenschall, bei der Auskultation reines Vesikulär-atmen.

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein.

Leib: nicht besonders aufgetrieben.

Milz: 1 Finger breit unter dem Rippenbogen fühlbar.

Leber: etwas vergrößert.

Urin: ohne pathologischen Befund.

Motilität: Die Arme hängen schlaff herunter, werden spontan nicht bewegt. Die passiven Bewegungen derselben sind schmerzhaft, Frakturen nicht nachweisbar.

Schultergelenke: beiderseits verdickt, links mehr als rechts. Die Verdickung besteht anscheinend sowohl auf Rechnung der Kapsel als auch des Humeruskopfes selbst.

Motilität der Beine ist ungestört.

Elektrische Untersuchung der Arme:

A. Faradisch (indirekte Reizung):

	Rollenabstand	
Plexus brachialis . . .	rechts 10	links 10
Nervus ulnaris	- 4	- 4
- radialis	- 5,5	- 7
- medianus . . .	- 4	- 5

B. Galvanisch (indirekte Reizung):

	10 M. A.	K. S. Z.
Plexus brachialis		
Nervus ulnaris links	2 -	-
- - rechts	3 -	-
- radialis links	3,5 -	-
- - rechts . . .	8 -	-
- medianus links . . .	8 -	-
- - rechts . . .	2 -	-

Die Arme liegen proniert. Bei der schmerzhaften Prüfung mit dem elektrischen Strom werden die Arme in deutlicher Weise im Schultergelenk bewegt, so daß es sich also mit Sicherheit um eine durch Schmerzhaftigkeit bedingte Lähmung handelt (Parrotsche Pseudoparalyse).

Therapie: Hydrargyr. jodat. flav. 2 mal tägl. 0,005.

Ernährung: $^1/_2$ Milch (5 × 160 g) mit Nährzucker.

4. II. Temperatur morgens 38,5.

- abends 36,9.

Puls 128, Atmung 64.

8. II. Die bisher gereichten Dosen von Hg sind gut vertragen worden. Heute werden auch beide

Arme in geringem Grade spontan bewegt, und zwar nicht nur im Ellenbogen und Handgelenk, sondern auch im Schultergelenk.

3 mal tägl. 0,005 Hydr. jod. flav.

15. II. Druck auf die Schultergegend bei weitem nicht mehr so schmerzhaft wie bei der Aufnahme. Die Bewegungsfähigkeit nimmt zu.

23. II. Die Verdickung der oberen Epiphysen beider Oberarme ist noch ziemlich ausgeprägt, aber nicht mehr schmerzhaft. Die Arme werden ausgiebig bewegt.

2 mal tägl. Hydr. jod. flav. 0,005.

24. II. Ernährung jetzt mit $^2/_3$ Milch (5 + 160) + Soxhlet.

21. III. In den letzten Wochen hat sich das Kind bei wechselnden Temperaturschwankungen bis zu 37,8 unter steter Gewichtszunahme gut entwickelt. Mit der Darreichung des Quecksilbers wird aufgehört.

30. III. Die Temperatur, die während der letzten Tage subfebrilen Charakter zeigte, steigt abends auf 38,4.

2. IV. Es besteht reichlicher Schnupfen; auf den Lungen etwas rauhes Atmen. Patient bekommt ein Bad mit kalten Übergießungen.

Temperatur morgens 37,4.

- abends 40,1.

3. IV. Aus dem rechten Ohr entleert sich etwas Sekret, in welchem Stäbchen (sehr wahrscheinlich Diphtheriestäbchen) nachgewiesen werden.

Temperatur morgens 38,9.
- mittags 38,1.
- abends 38,5.

Es wird eine Diphtherieseruminjektion von 1500 J. E. gemacht.

4. IV. Temperatur ist wieder auf 40,2 gestiegen. Der Rachen zeigt sich etwas gerötet, aber ohne Beläge.

5. IV. Temperatur hält sich auf 37,4. Strabismus geringen Grades. Ohrenlaufen hat nachgelassen.

6. IV. Die aus dem Ohrensekret kultivierten Stäbchen können nicht als Diphtheriebazillen anerkannt werden. Temperatur ist wieder auf 39,0 gestiegen.

7. IV. Während morgens die Temperatur wieder auf 37,1 gefallen war, erfuhr sie abends wieder eine Steigerung auf 40,3.

8. IV. Es ist sehr starke Rötung des Gaumens und Zäpfchens sowie der Tonsillen aufgetreten; daneben besteht heftiger schleimig-eiteriger Schnupfen. Es wird auf Blutserum abgeimpft. Über den Lungen rauhes Atemgeräusch, aber keine Schallunterschiede.

9. IV. Der linke Arm wird wieder recht geschont. Bewegungen werden nur in geringem Grade ausgeführt. Die proximale Epiphyse des linken Oberarmes erscheint wieder schmerzhaft. Lungen sind ziemlich frei; ebenso ist der Schnupfen nicht mehr so stark. Am linken Trommelfell zeigt sich deutliche Perforation.

10. IV. Abends wieder 39,1 Temperatur.

11. IV. Über den Lungen fast überall reines Atemgeräusch. An den Lippen sind starke Rhagadenbildungen aufgetreten. Die Untersuchung des rechten

Trommelfells ergibt eine Rötung und im hinteren Abschnitt eine ziemlich starke Vorwölbung desselben. Temperatur steigt abends wieder auf 39,2.

12. IV. Da das linke Trommelfell, aus dem dicker Eiter quillt, nicht genügend gespalten ist, wird die Paracentese wiederholt. Temperatur hält sich zwischen 38 und 39.

15. IV. Sekretion des linken Ohres noch stark, rechts weniger.

18. IV. Es besteht deutliche Weichheit des Hinterhauptbeines. Die Rippenknorpel-Knochenverbindungen treten deutlich hervor. Bei Bewegungen scheint das Kind Schmerzen zu haben, da es sehr viel schreit, was es früher nicht tat.

2. V. In den letzten Wochen war der Zustand der Patientin ein zufriedenstellender. Die Temperatur ging nicht über 37,6 hinaus. Es bekommt jetzt Phosphorlebertran 0,01 : 100,0.

4. V. Völliges Wohlbefinden.

Temperatur 36,8.

5. V. Wieder leichte Fiebersteigerung auf 38,1. Rechts hinten über der Lunge etwas Brummen und vereinzelte bronchitische Geräusche.

6. V. Über beiden Lungen hinten unten leises Brummen. Im linken Trommelfell vorn unten ein großes Loch sowie ein pulsierender Lichtreflex. Sekretion beiderseits gering.

7. V. Rechts vorn oben ist das Atemgeräusch schärfer als links. Temperatur morgens 39,1, abends 40,0. Prießnitzumschlag.

Im Urin Albumen. Im Sediment reichlich Eiterkörperchen, keine Zylinder. Reaktion sauer.

8. V. Während morgens 37,0 bestand, stieg die Temperatur nach einem Schüttelfroste mittags auf 40,4.

Salolpulver.

9. V. Der mit dem Katheter entnommene Urin sieht stark getrübt aus und enthält mikroskopisch außerordentlich viele weiße Blutkörperchen und Blasenepithelien. Eine auf Agar angelegte Kultur ergibt Colibazillen in Reinkultur und enormer Menge. Blasenspülung mit Borsäure, Argent. nitric. und physiologischer Kochsalzlösung. Innerlich Urotropin, kein Salol mehr. Abends erneuter Schüttelfrost mit 40,1 Temperatur.

10. V. Patientin erbricht; Magenausspülung. In beiden Nierengegenden sind deutlich nierenförmige Tumoren fühlbar, deren rechter bis zur Nabelhöhe reicht. Im Laufe des Tages 2 mal Schüttelfrost mit 40,0 und 39,5 Temperatur.

11. V. Die Farbe des Gesichts und ganzen Körpers ist auffallend fahl. Milz ist deutlich palpabel. 1 mal Schüttelfrost, 39,5. Blasenspülung.

12. V. Die Cystitis bessert sich unter täglichen Blasenspülungen.

Heute 1 mal Schüttelfrost, 40,1.

Es wird Chinin 0,1 verabreicht.

13. V. Temperatur schwankt um 39,0; seit einigen Tagen gähnt das Kind viel.

14. V. Schüttelfrost, 40,3.

Chinin 0,1, 2 mal täglich.

15. V. Es wird eine Venenpunktion vorgenommen.

16. V. Tuberkulosereaktion negativ. Kein Chinin mehr. Urotropin 2 mal täglich.

Agglutination der frisch gezüchteten Colibazillen aus der Blase mit dem Serum der Patientin noch bei 1 : 80 positiv.

17. V. Colibazillen sind auch im Blut nachgewiesen. Temperatur ist auf 38,1 gesunken. Keine Schüttelfröste mehr.

18. V. Wegen Erbrechens Magenausspülung, Stimme etwas heiser.

21. V. Erbrechen tritt öfter auf.

25. V. Die allmorgendlich vorhandene Heiserkeit ist etwas stärker geworden und hält den ganzen Tag über an.

27. V. Die Heiserkeit nimmt einen bedrohlichen Charakter an; es wird prophylaktisch eine Injektion von 3000 J. E. Diphtherieserum gemacht.

28. V. Temperatur, die in den letzten Tagen 38,0 nicht erreichte, ist wieder auf 39,3 gestiegen. Patientin genießt sehr wenig.

29. V. Da Patientin gar nichts zu sich nimmt, wird Schlundsondenernährung von Liebigsuppe mit Ammenmilch gemacht. Es wird außerdem eine Inunktionskur von 0,3 Hg eingeleitet.

31. V. Puls ist noch kräftig; doch ist das Kind sehr abgefallen; die blaßgelbe Haut läßt sich in Falten abheben, die stehen bleiben.

1. VI. Die Augenlider sind plötzlich angeschwollen.

2. VI. Fast über der ganzen rechten Lunge hinten

ist hohes Bronchialatmen und ganz feines Knistern zu hören.

3. VI. Das Allgemeinbefinden ist schlechter geworden, so daß Kampfer subkutan gegeben werden mußte. Der Urin ist durch Eiter stark getrübt. Die Schwellung der Augenlider ist links völlig geschwunden; an ihre Stelle ist eine diffuse hämorrhagische Verfärbung am oberen Augenlide und einzelne Blutungen am unteren Augenlide mit Eintrocknen der Epidermis aufgetreten. Die Augenlider werden nur sehr wenig voneinander entfernt.

4. VI. Das linke Auge wird wieder gut geöffnet; die Rötung ist etwas zurückgegangen.

5. VI. Temperatur 37,7 und abends 38,1. Der Puls ist sehr klein. Im Urin, welcher sauer reagiert, finden sich noch reichlich Eiterkörperchen und kurze Stäbchen.

6. VI. 3 mal täglich Urotropin.

Der Kehlkopfbefund ergibt nur eine gerötete und verdickte Epiglottis. In den Kehlkopf selbst ist nicht hineinzusehen. Die Stimme ist vollkommen heiser. Patientin vermag nichts zu schlucken, weshalb wiederum die Ernährung mit Schlundsonde vorgenommen werden muß. Stuhlgang ist mit etwas Schleim untermischt.

7. VI. Die oben beschriebenen Stellen an den linken Augenlidern stoßen sich als Borke ab. In dem ausgeheberten Mageninhalt (früh morgens bei nüchternem Magen) können Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden.

8. VI. Das Allgemeinbefinden ist etwas besser. Die Ohren sezernieren noch stark. Die linke Lunge ist bis auf etwas rauhes Atmen in den abhängigsten Partien normal. Über der rechten Lunge ist hinten über der Spitze Bronchialatmen hörbar, welches nach unten hin von immer reichlicher werdenden feinblasigen, zum Teil feuchten Rasselgeräuschen begleitet wird.

9. VI. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt nichts Besonderes.

10. VI. Außer einer geringen Rötung der Epiglottis und einer Verdickung der Stimmlippen ist im Kehlkopf nichts Auffälliges zu finden. Anlagen eines Merkolintschurzes.

13. VI. 3mal täglich Guajakol, 2mal täglich Urotropin. Temperatur morgens 38,9, abends 38,1.

14. VI. Urin ist noch wenig getrübt, enthält reichlich Leukozyten, wenig bewegliche Stäbchen, keine Zylinder. Syr. ferri jodat. Stimme weniger heiser.

15. VI. Stuhlgang grünlich schwarz, schleimig.

16. VI. Linke Lunge fast frei. Über der rechten Lunge hinten oben Bronchialatmen, weiter abwärts kleinblasiges Rasseln. Temperatur steigt abends auf 39,9.

17. VI. Nachts vier wässerige Stühle. Temperatur morgens 39,8, abends 38,6.

In dem aus dem Mageninhalt ausgeheberten Sputum keine Tuberkelbazillen gefunden.

23. VI. Die Milz ist als ein harter Tumor in der Seite zu fühlen, überragt den linken unteren Rippenbogen um 2 cm. Die Leber reicht in der Mamillar-

linie 5 cm über den Rippenbogen hinaus. Im linken Mesogastrium ist vom Nabel ausgehend ein Strang zu fühlen, der nach der Milz zu verläuft. Temperatur morgens 39,3, abends 39,1.

25. VI. Die Temperatur ist weiter auf 39,6 gestiegen, Puls stark beschleunigt, 160, sehr klein, Atmung ebenfalls beschleunigt, 52.

26. VI. Früh morgens $^1/_2$3 Uhr erfolgt der Exitus.

Der Sektionsbefund ergab:

Herz: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Doppelt so groß wie die Faust.

Milz: vergrößert, 9 : 4$^1/_2$: 2, derb, graurot.

Nieren: schlaff, trübe, wie gekocht aussehend, Markkegel nur wenig dunkler als die Rindensubstanz.

Blase: leer, Schleimhaut ohne Befund.

Leber: stark vergrößert, braungrau, Lappenzeichnung undeutlich. Gallengänge besonders im linken Lappen ziemlich stark gefüllt.

Pia: ödematös.

Knorpelknochengrenze: am rechten Femur verbreitert, gezackt.

Rechte Lunge: in ganzer Ausdehnung verklebt, leicht zu lösen. Pleura überall matt, mit zarten am Oberlappen etwas stärkeren graugelben Auflagerungen bedeckt. Ober- und Unterlappen sehr voluminös, völlig luftleer, derb.

Linke Lunge: Bronchien enthalten etwas zähen Schleim; Schleimhaut gerötet.

Bronchialdrüsen: hanfkorn- bis erbsengroß, graurot; desgleichen die jugularen Lymphdrüsen.

Pharynx: ohne Befund, nur im rechten Sinus pyriformis ein über linsengroßer, glattrandiger Substanzverlust, dessen Grund graugelb belegt ist.

Ary-epiglottische Falten ödematös.

Kehlkopfeingang: sehr eng; beim Aufschneiden erweisen sich die Stimmbänder völlig zerstört. In Höhe derselben an der Vorderwand ein fast pfennigstückgroßes Geschwür, darunter eine bohnengroße Abszeßhöhle.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete:

Bronchitis, Bronchopneumonia dextra mit fibrinös eitriger Pleuritis. Subpleurale Blutungen. Interstitielles Emphysem links. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Vergrößerte Milz. Geringe parenchymatöse Nephritis. Pigmentierung der Einzelknötchen im Dickdarm.

Osteochondritis syphilitica.

Geschwür im Sinus pyriformis; Ödem der Plicae ary-epiglotticae. Syphilitisches Geschwür im Kehlkopf mit Zerstörung der Stimmbänder.

Ziehen wir aus dem vorliegenden Falle, der uns ja kein einheitliches Krankheitsbild gibt, ein kurzes Resumé, so ergibt sich:

Ein gut entwickeltes 2 Monate altes Kind erkrankt nacheinander an Parrotscher Pseudoparalyse, Otitis media, Cystitis, Enteritis und Bronchopneumonie, an der es schließlich zugrunde geht. Von seiten des Kehlkopfes zeigte sich während dieses komplizierten Krankheitsbildes als einziges Symptom einer Erkrankung eine mehr oder weniger stark auftretende Heiser-

keit. Bei der Sektion überrascht uns das Bild einer tiefgreifenden geschwürigen Zerstörung des Kehlkopfes, die, von der Vorderwand ausgehend, die Stimmbänder vollständig zum Zerfall gebracht hat, außerdem noch ein starkes Ödem der ary-epiglottischen Falten. Umsomehr muß uns dies Bild überraschen, als verschiedentlich vorgenommene laryngoskopische Untersuchungen einen derartigen Prozeß nicht vermuten lassen konnten. Ein tuberkulöser Prozeß ist sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch ausgeschlossen.

Wir haben es also hier nach der unbestreitbaren Diagnose der Pathologen mit dem seltenen Auftreten einer tertiären syphilitischen Erkrankung des Kehlkopfes bei einem hereditär belasteten Kinde im Frühstadium der Syphilis zu tun. Die Symptome, die wir bei Lebzeiten dieses Kindes als Äußerungen der hereditären Syphilis ansehen konnten, sind, abgesehen von dem in der Charité nicht beobachteten, sondern nur anamnestisch erwähnten Ausschlag, die Osteochondritis und die durch sie herbeigeführte Lähmung, ferner die Schwellung der Milz und Leber, die Rhagadenbildung an den Lippen, die eigentümlich bräunlich gelbe Verfärbung der Haut, der chronische Schnupfen, die teilweise Schwellung der Lymphdrüsen; und schließlich können wir wohl ex juvantibus aus dem Erfolg der Protojoduretbehandlung bei der Pseudoparalyse mit ziemlicher Sicherheit auf eine hereditäre Syphilis schließen.

Außerordentlich schnell müssen die tiefen Zerstörungen im Kehlkopf vor sich gegangen sein, die

ja hier, wie es in der Literatur auch erwähnt wird, der antisyphilitischen Kur so hartnäckig getrotzt haben.

Bei der Seltenheit dieses Falles schien es mir deshalb wichtig, denselben zu veröffentlichen, und ich hoffe, daß er es wert ist, in weiteren ärztlichen Kreisen Beachtung zu finden.

Für die Anregung zu dieser Arbeit bin ich Herrn Professor Dr. Heubner zu besonderem Danke verpflichtet, den ich an dieser Stelle gehorsamst zum Ausdruck bringe.

Literatur.

1. Eulenburg, Enzyklopädie. Band XII u. XIII.
2. Baginsky, Lehrbuch der Kinderheilkunde.
3. Unger, Lehrbuch der Kinderheilkunde.
4. Vogel, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
5. Gerber, Spätformen hereditärer Syphilis.
6. Mackenzie, John, Congenital-Syphilis of the throat baied upon the study of one hundred and fifty cases. Americ. Journal of the medic. scienc. Oct. 1880.
7. Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884—1886.
8. Sturge, Allen, Ulceration of the Larynx due to congenital Syphilis. Transactions of the path. society XXXI.
9. Semon, Two cases of congenital Syphilis of the Larynx. Transactions of the path. society XXXI.
10. Fränkel, E., Demonstration in der Sitzung des ärztlichen Vereines zu Hamburg. 26. Januar 1886 (Deutsch. med. Wochenschr. 1886, No. 28).
11. Chiari, Zentralblatt für Laryngol. 1893—94.
12. Ricardo Botey, Zentralblatt für Laryngol. 1894—95.
13. Arslan, J., Zentralblatt für Laryngol. 1900.
14. Kiaer, Gottlieb, Zentralblatt für Laryngol. 1902 u. 1903.

Thesen.

I.

Bei Verdacht auf kongenitale Syphilis im Frühstadium muß möglichst bald eine antisyphilitische Kur eingeleitet werden.

II.

Die hohe Zange ist vom praktischen Arzt nur in äußerst dringenden Fällen anzuwenden.

III.

Bei bereits vorhandener Infektion im Geburt- oder Wochenbett ist eine lokale anti- resp. aseptische Therapie in der Mehrzahl der Fälle kontraindiziert.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Paul Wiedel, katholischer Konfession, Sohn des Sanitätsrates Dr. med. Georg Wiedel und seiner verstorbenen Ehefrau Röschen, geb. Weber, wurde am 7. September 1878 zu Bockenem, Provinz Hannover, geboren. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Gymnasium Josephinum zu Hildesheim. Er verließ dasselbe 1899 mit dem Zeugnis der Reife. Am 1. April 1899 wurde er in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 30. September 1899 beim 4. Garde-Regiment zu Fuß. Am 6. März 1901 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 12. September 1903 wurde er durch Verfügung des Generalstabsarztes der Armee zum Unterarzt beim 3. Badischen Feld-Artillerie-Regiment No. 50 ernannt und vom 1. Oktober 1903 ab zwecks Ableistung des praktischen Jahres zum Kgl. Charité-Krankenhause kommandiert. Die ärztliche Staatsprüfung bestand er am 19. April 1905.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bennecke (†), v. Bergmann, Bernhardt, Brieger, Engelmann, Engler, Ewald, E. Fischer, B. Fränkel, Frey, Fritsch, Gerhardt (†), Goldscheider, Grawitz, Gusserow, Hertwig, Heubner, Hiller, O. Israel, Jolly (†), R. Köhler, Fr. König, R. König (†), Köppen, Lesser, v. Leyden, Langgaard, Liebreich, v. Michel, Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, R. Virchow (†), Waldeyer, Warburg, Westenhoeffer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.